Bestuurlijke afspraken antibioticaresistentie in de zorg

Inleiding

Antibiotica zijn in de eerste plaats nodig voor het bestrijden van bacteriële infecties. Antibiotica zijn daarnaast onmisbaar voor het veilig uitvoeren van dagelijkse medische ingrepen zoals operaties, dialyse, orgaantransplantaties en chemotherapie. Resistentie tegen antibiotica wordt gezien als een van de belangrijkste bedreigingen van de volksgezondheid. Ook in Nederland, waar artsen gemiddeld gezien zorgvuldig en terughoudend zijn in het voorschrijven van antibiotica, neemt het aantal resistente bacteriën toe. Door de toename van antibiotica resistentie in buiten- en binnenland ontstaan steeds vaker infecties die moeilijker of in sommige gevallen helemaal niet meer behandeld kunnen worden[1]. Dit heeft directe gevolgen voor de patiënt, maar er zijn ook ernstige gevolgen voor de publieke gezondheid.

Bacteriën die meervoudig resistent zijn tegen antibiotica zullen zich (ongemerkt) verspreiden. Mensen hoeven na blootstelling niet altijd een infectieziekte te ontwikkelen, maar kunnen ook drager worden en ongemerkt anderen besmetten. Zo kan er een sneeuwbaleffect ontstaan. Dragerschap wordt alleen ontdekt als hier actief naar gezocht wordt.
Verspreiding kan leiden tot permanente aanwezigheid van de bacterie in bijvoorbeeld zorginstellingen. Dit heeft negatieve gevolgen omdat hier veel kwetsbare mensen samenkomen en kwetsbare mensen de grootste kans hebben om infectieziektes te ontwikkelen.

Daarom is het van groot belang om antibioticaresistentie (ABR) te voorkomen en als het zich aandient te bestrijden. De aanpak van ABR berust in essentie op drie principes (1) voorkomen van het ontstaan van resistentie (door goede voorlichting over gezondheid en preventie van infectieziekten door de burgers zelf en het zorgvuldig toepassen van bestaande antibiotica en maatregelen zoals antibiotic stewardship), (2) tijdige en betrouwbare detectie van resistente bacteriën), en (3) het voorkomen van verspreiding van (resistente) bacteriën.

Om verspreiding in een vroeg stadium te voorkomen, dienen resistente bacteriën in een vroeg stadium te worden opgespoord (real time surveillance). Zodra resistente bacteriën ontdekt worden, kunnen maatregelen worden genomen waardoor verspreiding zoveel mogelijk beperkt blijft en permanente vestiging voorkomen kan worden. Maatregelen zijn afhankelijk van de setting waarin de drager of de geïnfecteerde patiënt zich bevindt. Mensen kunnen geïsoleerd verpleegd of verzorgd worden, in een thuiszorgsituatie kan beschermende kleding gedragen worden en niet urgente operaties kunnen mogelijk worden uitgesteld. Hierbij is de informatie naar en de betrokkenheid van de burger/ patiënt van essentieel belang. Er is nog veel onwetendheid over dit probleem bij burgers en de impact van een besmetting. De informatievoorziening naar de burgers zal verbeterd moeten worden.

In de zorg bestaat al veel langer aandacht voor infectiepreventie en antibioticabeleid. Dit geldt vooral in instellingen. Uit rapporten van de IGZ over ziekenhuizen en verpleeghuizen blijkt dat het beter moet en kan. Sommige instellingen voeren actief en effectief beleid op het gebied van infectiepreventie en het tegengaan van verspreiding van resistente bacteriën. Anderen doen dat echter nog te weinig. Op dit moment staan er ook nieuwe dreigingen voor de deur. Infecties veroorzaakt door carbapenem resistente bacteriën kunnen niet meer behandeld worden. De prevalentie van deze bacterien is in veel landen in de wereld relatief hoog. Met de repatriëring vanuit een buitenlands ziekenhuis nemen mensen onbewust de resistente bacterien mee en wordt het

[1] In andere landen, zoals in Duitsland en België, zijn duidelijk meer infecties door BRMO (www.ars.de). In de qua aantal inwoners met Nederland vergelijkbare Duitse deelstaat Noord-Rijn Westfalen zijn er jaarlijks ruim 1100 gevallen van bloedbaan-infecties met MRSA terwijl er in Nederland minder dan 40 van dergelijke infecties zijn. Een andere vergelijking betreft Clostridium difficile. Hierdoor sterven in de VS nu jaarlijks zo'n 30.000 mensen. Extrapolatie leert dat dit voor Nederland op ongeveer 1600 sterfgevallen zou uitkomen terwijl het er naar schatting ten hoogste 120 zijn.

risico op introductie in de Nederlandse zorginstellingen steeds groter. Daarbij speelt een rol dat BRMO zich niet alleen binnen instellingen verplaatsen, maar ook tussen instellingen. Het is belangrijk om patiënten met resistente bacteriën te volgen tussen de verschillende zorgdomeinen en zorginstellingen.

Een probleem daarbij is dat de samenwerking tussen instellingen en tussen de verschillende sectoren in de zorg nog niet sterk genoeg is georganiseerd om de resistentie toekomstbestendig te kunnen beheersen. De basisvoorwaarde voor een succesvolle bescherming tegen infecties van individu en populatie wordt gevormd door een naadloze samenwerking tussen alle partijen die een bijdrage leveren aan de zorg voor patiënten, en wel een samenwerking die uitstijgt boven de afzonderlijke instellingen. Ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatieklinieken en andere zorgaanbieders, zoals huisartsen, thuiszorg, GGD'en in een regio waartussen patiënten relatief vaak verplaatst wordt, zullen als één geheel in een netwerkverband moeten samenwerken. Alleen op deze manier is het mogelijk de verspreiding van infectieziekten en ABR op een effectieve manier te bestrijden.

Ook op het gebied van surveillance zullen stappen gezet moeten worden. Het effectief bestrijden van infectieziekten vergt tijdig en adequaat inzicht in wie er waar, wanneer en waarom ziek wordt, en in hoe de onderliggende infecties zich verspreiden. Het verrichten van voldoende en juiste diagnostiek is hiervoor essentieel. Dergelijk structureel inzicht vraagt om een geïntegreerde real-time surveillance, zoals ook in het Global Action Plan van de WHO als belangrijke pijler is aangeduid. De bestaande surveillance systemen in Nederland leveren op dit moment te laat en te versnipperd inzicht in de risico's voor de gezondheid en gezondheidzorg om daadwerkelijk proactief beleid op te kunnen baseren, zowel op landelijk als regionaal niveau.

Hierbij spelen ook (financiële) afwegingen tussen enerzijds het publieke belang in het algemeen en anderzijds de belangen van de individuele betrokken drager/patiënt en de zorginstelling.
Er moet worden ingezet op het optimaal verzamelen, standaardiseren, en interpreteren van informatie; informatie die deels al op verschillende plaatsen verzameld wordt. Centrale regie is hierbij onontbeerlijk om de huidige versnippering te overstijgen.

Partijen uit de zorg herkennen en onderschrijven de problematiek en de urgentie en hebben zich bereid verklaard gezamenlijk te werken aan zorgbrede oplossingen. Dit heeft geresulteerd in een gezamenlijke missie en zes doelstellingen. Daarbij benadrukken partijen het belang van adequaat beleid bij andere domeinen, zoals voedsel, dieren, milieu en water en de samenhang met de gezondheidszorg en de gezondheidszorg in het buitenland.

Dat belang wordt door de overheid ook gezien , en daarom is gekozen voor een brede aanpak om antibiotica resistentie tegen te gaan.
Zo zal in de veterinaire sector bij alle diersoorten worden ingezet op (1) het terugdringen van het gebruik van alle antibiotica, (2) een totaal verbod van de meest kritische antibiotica: de "last resort antibiotica" (3) een intensieve aanpak carbepenemresistentie bij veehouderij (voorzorgsmaatregel vanuit gezondheidsperspectief) en (4) het ontwikkelen van vervolgbeleid.
De transmissie van antibioticaresistente via voedsel hangt onder andere samen met het antibioticagebruik in de veehouderij. Er worden onderzoeken uitgezet naar de transmissie van antibioticaresistentie via voedsel naar de mens. Gezien het internationale karakter van de voedingsmiddelenindustrie zullen daarnaast maatregelen op het gebied van slachthygiëne, verdergaande monitoring, maar ook het vastleggen van normen voor bijvoorbeeld carbapenemresistentie, ook op Europees niveau worden vastgelegd. In de verschillende Europese en mondiale gremia worden deze punten geagendeerd. Tot slot komt er een plan van aanpak om te komen tot beheersmaatregelen zowel als het gaat om verspreiding vanuit de humane gezondheidszorg naar het milieu als om verspreiding vanuit de veehouderij naar het milieu.

Om de missie en doelstellingen voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg te bereiken, is een gezamenlijke meerjarenagenda opgesteld. De meerjarenagenda met afspraken is bijgevoegd bij dit document.
Partijen hebben de ambitie om de missie, de doelen en de daaruit vloeiende meerjarenafspraken na te streven. Indien in de tijd blijkt dat het behalen van één of meerdere van deze doelen echter niet realistisch is, of wanneer vanuit de diverse werkgroepen tijdig wordt aangegeven dat er een bijgestelde koers nodig is, kan gemotiveerd worden afgeweken van de afspraken. VWS zal dan – in overleg met partijen – het traject hier op bijstellen.

Partijen[2] streven de volgende missie en doelen na:

Gedeelde missie:

"*Vermijdbare schade aan en sterfte van patiënten door infecties door resistente bacteriën moet zo veel mogelijk voorkomen worden. Daartoe moet de verdere ontwikkeling en verspreiding van (multi-) resistentie zo veel mogelijk worden beheerst, zodat ook in de toekomst effectieve behandeling van infecties met antibiotica mogelijk blijft.*"

Doelen

Partijen komen de volgende doelen overeen:

1) De komende 5 jaar is sprake van een aantoonbare verdere vertraging van de opkomst en verspreiding van multiresistente bacteriën in de zorg. Hierbij functioneert de ontwikkeling in het buitenland (zoals Duitsland en België) als referentiekader. Hiertoe wordt een relevante benchmark opgezet[3]. Dit geldt zowel voor het dragerschap van, als infecties met resistente bacteriën.
2) Vroege detectie van en snelle respons op resistente bacteriën en andere infectieuze bedreigingen zorgen ervoor dat het aantal dragers[4] van resistente bacteriën en het aantal infecties en sterfgevallen als gevolg van ABR binnen Nederland op het huidige niveau blijft of (aantoonbaar) daalt.
3) De komende vijf jaar wordt gestreefd naar een internationale samenwerking met andere EU landen op het gebied van ABR met als doel een infrastructuur te realiseren waardoor het in gezamenlijkheid mogelijk wordt de ontwikkeling en verspreiding van ABR te beheersen.
4) Het aantal vermijdbare zorggerelateerde infecties[5] is over 5 jaar in de hele zorgketen met 50% gedaald ten opzichte van een met partijen vastgestelde nulmeting. Hierbij wordt rekening gehouden met verschillen tussen zorgdomeinen en met praktijkvariatie binnen een domein.
5) De mogelijkheden om patiënten met infecties door resistente bacteriën effectief te behandelen nemen niet verder af de komende vijf jaar;
6) De komende 5 jaar wordt gestreefd naar een reductie van minimaal 50% van het gebruik van onjuist voorgeschreven antibiotica in de totale zorgketen ten opzichte van een met partijen vastgestelde nulmeting. Daarbij zal rekening worden gehouden met verschillen tussen zorgdomeinen en met praktijkvariatie binnen een domein. Partijen maken hierover op basis

---

[2] Alle betrokken partijen hebben aangegeven zich te kunnen vinden in de geformuleerde missie en doelstellingen, echter een aantal partijen kan eventuele formele bestuurlijke instemming met de invulling van de bestuurlijke afspraken pas verlenen na de zomer.

[3] http://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/doc/4006.pdf

[4] **Dragerschap -:** niet iedereen die een resistente bacterie bij zich draagt, zal tengevolge daarvan een infectie krijgen.

[5] Een **zorginfectie** (voorheen ziekenhuisinfectie) is een infectie die ontstaat tijdens het verblijf of behandeling in een zorginstelling (ziekenhuis, verpleeghuis, zelfstandig behandelcentrum). *[bron: http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/infectieziekten-en-parasitaire-ziekten/zorginfecties/wat-zijn-zorginfecties-en-welke-factoren-beinvloeden-de-kans-op-zorginfecties/]*

van de nulmeting nadere afspraken over. Van belang is de afspraken over het voorschrijfgedrag te zien in het licht van de kwaliteit van de behandeling; zowel overbehandeling met antibiotica als onderbehandeling worden in ogenschouw genomen.

Meerjarenafspraken
Om de hiervoor besproken doelen tot stand te brengen is het noodzakelijk dat er op meerdere niveaus activiteiten worden ondernomen en afspraken worden gemaakt over verantwoordelijkheden en regie, te weten:

- Op landelijk niveau
- Op het niveau van regionale samenwerking
- Op het niveau van de individuele zorginstellingen en zorgaanbieders (bijvoorbeeld thuiszorg en huisartsen)

Partijen zijn hiertoe een ´Meerjarenagenda antibioticaresistentie in de zorg´ overeen gekomen met daarin heldere afspraken. Deze agenda richt zich nadrukkelijk op het realiseren van meer samenhang tussen de publieke gezondheidszorg, de eerste lijn, de tweede lijn en de langdurige zorg. Daarnaast bevat het sectorale afspraken. De sectoroverstijgende thema's richten zich op:

1. Organisatie en samenwerking in de keten
2. Richtlijnontwikkeling
3. Monitoring
4. Toezicht
5. Bekostiging
6. Betrokkenheid van de burger

Financiering
Het is op dit moment lastig in beeld te brengen welke financiële middelen nodig zijn om de missie en doelen van het programma te behalen. In de werkgroepen zullen voorstellen voor de gewenste aanpak gedaan worden, inclusief de bijbehorende begrotingen. VWS zal de voorstellen van de werkgroepen hieromtrent in rekenschap nemen en ervoor zorg dragen dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zullen komen. Daarbij gaat VWS er vanuit dat ook andere partijen bereid zijn te investeren in dit programma.

Organisatie
Op verschillende onderdelen zijn al werkgroepen van start gegaan (zie bijlage 2 voor inhoud en trekkers). Het ministerie van VWS zal zorg dragen voor een goede onderlinge verbinding, zodat de verschillende thema's en activiteiten goed op elkaar afgestemd zijn.
Periodiek zal de voortgang van de werkgroepen worden besproken in een bureauoverleg met alle relevante partijen onder leiding van het ministerie van VWS. Daarnaast zullen voortgang en beslispunten bestuurlijk worden afgehecht in een bestuurlijk overleg dat ca. 3 keer per jaar bijeen komt.

Op hoofdlijnen hebben deze werkgroepen de volgende taken.

- De werkgroep netwerkstructuur:
  - Beschrijft het functieprofiel van een netwerk; (1) welke taken heeft het netwerk (2) wie heeft welke verantwoordelijkheid (3) wat zijn publieke taken en wat zijn taken die tot het curatieve domein behoren (4) welke data is nodig voor inzicht in een volledig patiëntvolgend systeem.
  - Maakt een inventarisatie van de te maken afspraken over de implementatie van infectiepreventie maatregelen (wie, wat, hoe, waar, wanneer)
  - Ontwikkelt een set maatregelen voor adequate infectiepreventie

- Faciliteert de implementatie van deze maatregelen in het veld
- Draagt zorg dat de richtlijnen en surveillance afgestemd zijn op de behoefte en mogelijkheden van de partijen in het veld.

- De werkgroep richtlijnen:
  - Levert in 2015 een plan van aanpak hoe te komen tot breed gedragen multidisciplinaire evidence-based richtlijnen, inclusief de organisatorische en financiële haalbaarheid daarvan. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de rollen en programma's van bestaande organisaties die richtlijnen ontwikkelen, zoals de WIP, de SWAB en het NHG. Levert een overzicht van sectorale standaarden en richtlijnen die met prioriteit aangepast of herzien moeten worden en geeft aan waar nieuwe richtlijnen nodig zijn.
  - Update de richtlijnen vanaf 2017 op basis van onder meer surveillance data.
  - Draagt zorg dat de richtlijnen afgestemd zijn op de behoefte en mogelijkheden van het veld door afstemming met de werkgroep netwerkstructuur.

- De werkgroep surveillance:
  - Draagt zorg voor de uitvoering van de in de doelstellingen genoemde nulmetingen.
  - Levert in 2016 de resultaten van een haalbaarheidsstudie naar een landelijk interactief surveillance systeem voor antibioticaresistentie en -gebruik
  - Komt in 2016, op basis van de haalbaarheidsstudie en de voortgang in bestaande systemen, met voorstellen voor vervolgstappen, inclusief juridische en technische aspecten die hierbij komen kijken.
  - Doet een voorstel voor de monitoring van antibiotic stewardship.
  - Bevordert in de tussentijd optimaal gebruik van bestaande surveillance systemen om bovenstaande doelen na te streven
  - Draagt zorg dat surveillance afgestemd is op de behoefte en mogelijkheden van het veld door afstemming met de werkgroep netwerkstructuur [en ook met de veterinaire sector].

Voor de overige werkgroepen (bekostiging, toezicht, betrokkenheid burger) zullen nog nadere afspraken gemaakt moeten worden. VWS neemt hiertoe het initiatief.

Noodzaak voor governance
Bij de bestrijding van antibioticaresistentie zitten professionals en instellingen met verschillende rollen en verantwoordelijkheden aan tafel. Het is belangrijk dat participanten vanuit kennis, toezicht, beleid en zorg, die voor een groot deel zelfregulerend zijn, elkaar blijven vinden. Verwarring over wie waarom aan tafel zit, werkt vertragend en is niet wenselijk gezien de urgentie van het probleem. Het is daarom belangrijk om naar een goed governance model toe te werken waarin partijen elkaar goed begrijpen en gezamenlijk tot een goede beslissing kunnen komen. Kennis (bijvoorbeeld over voorkomen van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO), risicofactoren), het gezamenlijk bepalen van maatregelen waarin zowel kosten, het bestaande zorgstelsel en awareness van betrokkenen worden meegenomen, en toezicht spelen hierin een logische en belangrijke rol. Het ministerie van VWS zal in 2015 een voorstel voor een governance model uitwerken en afstemmen met partijen.

Administratieve lasten
In het hele traject zal rekening worden gehouden met de administratieve lasten die bepaalde maatregelen met zich meebrengen en zal worden geprobeerd de lastendruk zoveel mogelijk te voorkomen.